

**A. INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR**

Nombre del Administrador:

Calle:

Ciudad/Estado/Código postal:

Condado:

**B. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE**

Nombre(s) del solicitante:

Calle:

Ciudad/Estado/Código postal:

Condado:

Correo electrónico:

Teléfono particular: ( ) -

Teléfono móvil: ( ) -

**C. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**

(Incluir a todos los miembros del grupo familiar)

Nombre completo (exactamente como aparece en la licencia de conducir o en otro documento del gobierno)	Parentesco con la Cabeza de familia	Fecha de Nacimiento	Género	Estado del estudiante FT = Tiempo completo PT = Tiempo parcial N/C=No corresponde	¿Recibe Ingresos?	Marca sí Veterano
1.	Cabeza de familia		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Corresponsable <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro adulto		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>

**D. INFORMACIÓN DE COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (continuación)**

1. ¿Algún miembro del grupo familiar fue estudiante de tiempo completo en el último año calendario?

No  Sí, ¿quién?

2. ¿Algún miembro del grupo familiar mencionado anteriormente es un niño en cuidado sustituto?

No  Sí, ¿quién?

3. ¿Algún miembro del grupo familiar indicado anteriormente vive en la casa como acompañante

No  Sí, ¿quién?

4. ¿Algún miembro del grupo familiar está ausente del hogar en forma temporal?

No  Sí, ¿quién?

En caso afirmativo, indicar el motivo de la ausencia temporal:

5. ¿Cree usted que algún otro miembro del grupo familiar se integrará al grupo dentro de los próximos 12 meses?

No  Sí, explique :

**E. ASISTENCIA PARA LA VIVIENDA RECIBIDA ANTERIORMENTE**

(Enumerar cualquier otra asistencia para la vivienda provista a miembro del grupo familiar o recibida por él)

¿Se vio afectada esta propiedad por un desastre?  No  Sí, ¿cual desastre?

Fuente	Cantidad	Fecha de recepción	Razón
1. FEMA: Agencia de Administración de Emergencias Federal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
2. SBA: Small Business Administration (Administración de pequeñas empresas) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
3. Sección 8: Desarrollo urbano y de viviendas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
4. TBRA: Programa de asistencia para el Inquilino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
5. Seguro de propietario de vivienda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		
6. Otro (describir): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$		

**F. INFORMACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES**

1. ¿Alguien del grupo familiar presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado de TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario?

No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.

¿Desempeña actualmente esa función?  No  Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:

2. ¿Alguien del grupo familiar está relacionado con una persona que presta o prestó servicios (durante los últimos 12 meses) como empleado, agente, consultor, directivo o funcionario elegido o designado del TDHCA, la organización de asistencia a las personas sin hogar o el propietario (tanto por lazos familiares como comerciales)?  No  Sí

Si la respuesta es AFIRMATIVA, indique quién fue, la organización y la función que desempeñó.

¿Desempeña actualmente esa función?  No  Sí Si la respuesta es negativa, indique la fecha en que dejó de hacerlo:

**G. INFORMACIÓN SOBRE LA ENAJENACIÓN DE ACTIVOS**

1. ¿Alguien del grupo familiar tuvo que deshacerse de algo de valor durante los últimos dos años? ( si perdió el hogar debido a ejecución hipotecaria, bancarota o divorcio, responda que no ):  No  Sí, ¿quién?

Proporcione una explicación (incluido el tipo de activo, el valor aproximado del activo, monto enajenado y fecha de la enajenación):

2. ¿Alguien del grupo familiar fue propietario de un hogar durante los últimos dos años?  No  Sí, ¿quién?

¿Es actualmente propietario?  No En caso negativo: ¿Cuándo se enajenó?

Sí En caso afirmativo: ¿Está alquilado?  No  Sí

¿Está vacío?  No  Sí

¿Está en proceso de venta?  No  Sí

**H. INGRESO ANUAL DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR**

(Mencionar TODOS los ingresos de los miembros del grupo familiar, con excepción de los ingresos obtenidos del empleo de personas menores de 18 años)

Identifique los ingresos de cualquier fuente esperados durante los próximos 12 meses	Cabeza de familia	cónyuge o Corresponsable	otros miembros adultos	Dependientes	Total
1. Salario N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
2. Salario N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
3. Pago de horas extras <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
4. Comisiones /Honorarios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
5. Propinas y bonos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
6. Ingreso temporal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
7. Ingreso de las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
8. Interés / Dividendos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
9. Ingresos netos comerciales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
10. Ingreso neto de alquiler <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
11. Seguro Social <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
12. Seguro adicional Ingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
13. Pensión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
14. Ingresos de retiro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
15. Asistencia familiar u obsequios recurrentes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
16. Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
17. Indemnización por accidentes laborales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
18. Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
19. Manutención del niño <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Marcar el tipo: Asignado por el tribunal Voluntario Anticipado	\$	\$	\$	\$	\$
20. AFDC/TANF <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$	\$	\$	\$
21. Otro ingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Describa:	\$	\$	\$	\$	\$
				Ingreso total anual:	\$

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL EMPLEO ACTUAL**

1. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:		Teléfono laboral: ( ) -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro		Horas trabajadas por semana	Fax: ( ) -

**I. INFORMACIÓN DEL EMPLEO ACTUAL (continuación)**

2. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral: ( ) -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana	Fax: ( ) -
3. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral: ( ) -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana	Fax: ( ) -
4. Nombre del integrante del grupo familiar:		Ocupación:	Teléfono laboral: ( ) -	
Nombre y dirección del empleador:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de contratación	Salario : \$	Período de pago : <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal (26) <input type="checkbox"/> Dos veces al mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Otro	Horas trabajadas por semana	Fax: ( ) -

**J. ACTIVOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR**

(Al incluir el valor en efectivo de un activo marcado con un asterisco (\*), indique el importe que tendría si convirtiera el activo en efectivo (es decir, por medio de la venta o intercambio del activo), descontando las penalizaciones por retiro anticipado, importes usados para cancelar un saldo y los aranceles que puedan aplicarse a la conversión).

Identifique todas las fuentes de activos	Efectivo Valor	Ingreso de activo (Interés / Dividendos)	Nombre de la institución financiera	Número de cuenta:
1. Cuenta corriente N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
2. Cuenta corriente N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
3. Cuenta de ahorros N.º 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
4. Cuenta de ahorros N.º 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
5. Cuenta(s) de cooperativa de ahorro y crédito <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
6. Acciones, bonos, fondos mutuos* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
7. Inmuebles/hogar* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
8. Bienes raíces / Tierra* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
9. Cuenta(s) IRA/Keogh* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
10. Fondo(s) de pensión / jubilación* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
11. Fondo(s) fiduciario(s) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
12. Pagaré hipotecario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
13. Seguro de vida entera* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
14. Bienes personales mantenidos como inversión (gemas, monedas, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
15. Sumas totales recibidas (herencia, ganancias de capital, seguro, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		
16. Otro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	\$	\$		

**K. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOBRE NECESIDADES ESPECIALES:** El Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas (TDHCA, por su sigla en inglés) solicita esta información para cumplir con los requisitos de informe solicitados por el HUD. Aunque el TDHCA apreciaría recibir esta información, usted puede elegir no presentarla. No será discriminado debido a esta información, ni tampoco si decide presentarla o no. Si no desea presentar esta información, coloque sus iniciales a continuación.

\_\_\_\_\_ No deseo proporcionar información sobre el origen étnico, raza, género, edad y/o composición del grupo familiar.  
**Iniciales del solicitante**

**Códigos del grupo étnico:**

A - Hispano: una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Sur y Centroamérica, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza. Términos como "latino" o "de origen español" se aplican a esta categoría.

B – No hispano

**Códigos de raza:**

A- Blanco  
 B - Negro-afroamericano  
 C - Asiático  
 D - Indio americano/nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico

F - Indio americano/nativo de Alaska/ blanco  
 G - Asiático/blanco  
 H - Negro/afroamericano/blanco  
 I - Indio americano/nativo de Alaska/negro-afroamericano  
 J - Otras razas múltiples

**Códigos de necesidades especiales:**

A - De la tercera edad  
 B - Persona con discapacidades\*  
 C - Persona con VIH/SIDA  
 D - Persona con adicción al alcohol y/o drogas

E - Residente de Colonia  
 F – VAWA/víctima de violencia doméstica  
 G - Persona sin vivienda  
 H - Trabajador migratorio de granjas  
 I - Residente de vivienda pública

J - Víctima de desastre  
 K – Veterano  
 L - Combatiente herido  
 M - El dinero sigue a la persona

**\*Definición de discapacidad:** Una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; un registro de tal discapacidad o ser considerado como que tiene tal discapacidad. No incluye el uso ilegal actual o la adicción a una sustancia controlada.

	Código de origen étnico	Código de raza	Código(s) de necesidades especiales
1 (Cabeza)			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

**L. AUTORIZACIÓN Y FIRMAS**

Cada uno de los Solicitantes que suscribe para obtener la asistencia del Programa HOME por el presente certifica que toda la información provista en la Solicitud anterior es verdadera y correcta, y por el presente autoriza la divulgación y/o verificación de información sobre préstamos hipotecarios, empleo, activos, pasivos e ingresos. Todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años deben firmar la Solicitud.

\_\_\_\_\_  
 Nombre en imprenta del solicitante

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre en imprenta del cosolicitante

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta del miembro adulto: Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de imprenta del miembro adulto: Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Advertencia:** El Título 18, Sección 1001 del Código de EE. UU. establece que realizar declaraciones falsas intencionales o la provisión de información incorrecta a un Departamento o Agencia en los Estados Unidos sobre cualquier asunto dentro de esta jurisdicción constituye un delito.

*Se realizarán ajustes razonables para las personas con discapacidades y se ofrecerá asistencia con el idioma a las personas con un dominio limitado del idioma inglés.*

**SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE SAN MARCOS**

Por favor devuelva la solicitud completa a: 630 East Hopkins, San Marcos, TX 78666  
 Para obtener más información, comuníquese con Dalinda Newby al 512-393-8224 o  
 Correo electrónico: dnewby@sanmarcostx.gov

